

令和 年 月 日

大山町長 様

申請者 郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 ( )

電 話 \_\_\_\_\_

おむつに係る費用の医療費控除確認書交付申請書

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和\_\_\_\_\_年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、確認願います。

【対象者】

住 所 :

氏 名 :

生年月日 : 年 月 日

被保険者番号 :

※おむつ代の医療費控除を受ける年数 (該当するものに○)

・ 1年目      ・ 2年目以降

-----  
<担当者記入欄>

主治医意見書作成日 : 年 月 日  
要介護認定有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日  
介護度 :  
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) B1・B2・C1・C2  
カテーテルの使用または尿失禁の発生可能性 あり・なし